SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.

RAPPORT DE RECHERCHE

Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale – échantillon de la population carcérale

2018 Nº R-406

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

Correctional Service Canada | Service correctionnel Canada

Canada

Prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale – échantillon de la population carcérale

Gregory P. Brown

Jane Barker

Kindra McMillan

Rachel Norman

Institute for Applied Social Research (IASR)
École de criminologie et de justice pénale
Université Nipissing

Et

Dena Derkzen

Lynn A. Stewart

Service correctionnel du Canada

Juillet 2018

Remerciements

L'étude dont le présent rapport fait état n'aurait pu être réalisée sans l'intérêt et la collaboration des 154 femmes qui se sont portées volontaires pour participer à une entrevue clinique dans l'espoir que les renseignements fournis puissent aider à améliorer les services et les programmes en santé mentale qui sont offerts à toutes les délinquantes sous responsabilité fédérale.

Les responsables de l'unité de la Recherche sur les interventions et les délinquantes et de la Direction des initiatives pour les Autochtones du Service correctionnel du Canada ont fourni des conseils et du soutien organisationnel dans le cadre de l'étude.

Le financement pour réaliser l'étude a été obtenu grâce à un protocole d'entente (PE) conclu entre le Service correctionnel du Canada et l'Institute for Applied Social Research de l'Université Nipissing.

Sommaire

Mots clés : délinquantes sous responsabilité fédérale; prévalence des troubles mentaux au cours de la vie et actuelle; troubles concomitants; délinquantes autochtones

Selon les estimations fournies par des études menées à l'échelle internationale, jusqu'à 80 % des délinquants incarcérés sont atteints d'un trouble de santé mentale, un taux qui est quatre fois plus élevé que celui constaté dans la population générale. La moitié de ces délinquants sont susceptibles d'être atteints d'un trouble mental en plus d'un trouble lié à la consommation de substances ou d'un trouble de la personnalité antisociale ou limite. Les travaux indiquent que le taux de troubles mentaux est de deux à quatre fois plus élevé chez les détenues, qui sont habituellement plus susceptibles que leurs homologues masculins d'être atteintes d'une maladie mentale grave, d'un trouble de la personnalité limite ou d'un trouble de stress post-traumatique.

La présente étude visait à déterminer la prévalence des principaux troubles de santé mentale chez les délinquantes détenues actuellement dans un établissement du SCC. À l'aide de l'entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe I et de l'Axe II du DSM (SCID-I et SCID-II), les troubles suivants ont été évalués : 1) troubles de l'humeur; 2) troubles psychotiques; 3) troubles liés à la consommation de substances; 4) troubles anxieux; 5) troubles de l'alimentation; 6) jeu pathologique; 7) trouble de la personnalité antisociale (TPA); et 8) trouble de la personnalité limite (TPL). On a obtenu à la fois les taux de prévalence au cours de la vie et de prévalence actuelle (c.-à-d. dans le dernier mois). De février à octobre 2016, des femmes détenues ont été invitées à participer à l'entrevue clinique. Au total, 154 délinquantes provenant de six établissements situés dans les cinq régions ont consenti à participer à l'étude.

Les résultats ont révélé que près de 80 % des femmes satisfaisaient actuellement aux critères d'un diagnostic de trouble mental; ce nombre comprend des taux élevés de troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances, de TPA et de TPL. Un tiers d'entre elles sont actuellement aux prises avec un trouble de stress post-traumatique. Près des deux tiers des femmes ont souffert d'une maladie mentale grave (trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire ou trouble psychotique) au cours de leur vie, et 17 % sont actuellement atteintes d'une maladie mentale grave. Plus des deux tiers des délinquantes sont atteintes d'un trouble de santé mentale en plus d'un trouble lié à la consommation d'alcool et de substances ou d'un TPA ou TPL. Un tiers des délinquantes ont obtenu une note inférieure ou égale à 50 à l'EGF, ce qui indique un degré d'incapacité fonctionnelle quotidienne important qui pourrait nuire à leur capacité de participer de façon active à des programmes et de recevoir des services relatifs à la santé mentale, à la réadaptation et à la réduction de la récidive, et d'en tirer avantage. Les femmes autochtones affichent les taux les plus élevés de trouble de santé mentale, y compris des taux plus élevés de trouble lié à la consommation d'alcool et de substances, de TPA et de TPL, de trouble de stress post-traumatique et de troubles concomitants que les délinquantes non autochtones.

On peut établir des parallèles entre les résultats de l'étude et ceux des travaux menés à l'étranger et d'autres travaux menés au Canada. En plus du nombre relativement petit de participantes provenant de six établissements différents situés dans cinq différentes régions au pays, ces taux

élevés de trouble de santé mentale posent un défi important quant à la prestation de programmes de soins en santé mentale auprès de ces femmes vulnérables.

Table des matières

Remerciements ii
Sommaire iii
Liste des tableaux vi
Liste des annexes vii
Introduction 1
Méthodologie 5
Participantes 5
Mesures/matériel utilisé 7
Procédures/approche analytique 9
Résultats 13
Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale 13
Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves 15
Taux de prévalence des troubles concomitants 19
Troubles mentaux et évaluation globale du fonctionnement (EGF) 21
Analyse 25
Limites de l'étude 27
Conclusion 28
Références 29

Liste des tableaux

Tableau 1 *Nombre de femmes ayant participé et n'ayant pas participé selon l'établissement – échantillon national (N = 154)* 5
Tableau 2 *Caractéristiques des délinquantes ayant participé (N = 154) et de celles n'ayant pas participé (N = 546)* 6
Tableau 3 *Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 13
Tableau 4 *Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 17
Tableau 5 *Taux de prévalence des troubles de santé mentale et des maladies mentales graves chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 19
Tableau 6 *Troubles concomitants chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 20
Tableau 7 *Note à l'Échelle d'EGF selon le trouble mental pour les diagnostics de trouble de la personnalité actuels : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 22
Tableau 8 *Notes à l'Échelle d'EGF ≤ 50 selon la catégorie de trouble mental : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 23
Tableau 9 *Notes à l'Échelle d'EGF pour les délinquantes autochtones et non autochtones : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 23
Tableau A1 *Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 39
Tableau B1 *Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)* 40
Tableau C1 *Notes à l'Échelle d'EGF selon les diagnostics actuels de troubles mentaux de l'Axe I et de l'Axe II (les TPL et TPA) du DSM-IV : échantillon constitué parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale incarcérées (N = 154)* 41

Liste des annexes

Annexe A 39
Annexe B 40
Annexe C 41

Introduction

Selon les études menées à l'échelle internationale, on évalue qu'entre 20 % et 80 % des détenus sont atteints d'un trouble de santé mentale, selon la définition appliquée, l'instrument utilisé pour évaluer les symptômes et le fait que les troubles liés à la consommation de substances ou les troubles de la personnalité soient considérés ou non comme des troubles de santé mentale (Andreoli et coll., 2014; Brink, 2005; Butler, Indig, Allnutt et Mamoon, 2011; Keene et Rodriguez, 2005; Maccio et coll., 2015; Proctor et Hoffmann, 2012; Senior et coll., 2013). Il y a donc jusqu'à quatre fois plus de cas de troubles mentaux parmi les détenus que dans la population générale (Fazel et Danesh, 2002; Prins, 2014; Sarteschi, 2013; Sirdifield, Gojkovicm, Brooker et Ferriter, 2009; Steel et coll., 2014). On a relevé de façon constante des taux élevés de trouble psychotique (de 3 % à 4 %), de trouble dépressif caractérisé (de 10 % à 30 %) et de trouble anxieux (de 20 % à 40 %) dans les établissements correctionnels à la suite d'études menées sur la santé mentale (Fazel et Seewald, 2012; Maccio et coll., 2015; Prins, 2014; Senior et coll., 2013; Vicens et coll., 2011). Les taux de troubles liés à la consommation de substances (de 70 % à 80 %) et de troubles de la personnalité (de 50 % à 80 %) sont jusqu'à huit fois plus élevés que ceux recensés dans la population générale (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici et Trestman, 2016; Proctor et Hoffmann, 2012; Sirdifield et coll., 2009; Slade et Forrester, 2013). Les estimations concernant les troubles concomitants parmi les détenus, qui correspondent le plus fréquemment à un trouble mental combiné à un trouble lié à la consommation de substances ou à un trouble de la personnalité, varient de 20 % à plus de 50 % (Butler et coll., 2011; Fazel et Danesh, 2012; Proctor et Hoffman, 2012). La prévalence des troubles de santé mentale est de deux à quatre fois plus élevée chez les détenues que chez leurs homologues de sexe masculin (Al-Rousan, Rubenstein, Sieleni, Deol et Wallace, 2017; Baillargeon et coll., 2009; Binswanger et coll., 2010; Fazel et coll., 2016; Prins 2014; Senior et coll., 2013; Steadman, Osher, Robbins, Case et Samuels, 2009). Par rapport aux détenus de sexe masculin, les détenues sont plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de trouble psychotique (de 4 % à 12 %), de trouble dépressif caractérisé (de 23 % à 56 %), de trouble bipolaire (de 2,5 % à 20 %), de trouble anxieux (de 13 % à 55 %), de trouble de la personnalité limite (de 20 % à 54 %) et de trouble lié à un traumatisme (de 11 % à 40 %). Les détenus de sexe masculin sont le plus souvent aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale, de troubles du contrôle des impulsions et de troubles liés à la consommation d'alcool (Andreoli et coll., 2014;

Baillargeon et coll., 2009; Binswanger et coll., 2010; Butler et coll., 2011; Butler, Allnutt, Cain, Owens et Muller, 2005; Coolidge, Marle, Van Horn et Segal, 2011; Drapalski, Youman, Stuewig et Tangney, 2009; Prins, 2014; Trestman, Ford, Zhang et Wiesbrock, 2007; Tye et Mullen, 2006; Williams et coll., 2010).

Les résultats des études menées au Canada reflètent ceux des études menées à l'étranger; l'estimation de la prévalence des troubles de santé mentale chez les détenus sous responsabilité provinciale et fédérale varie de 20 % à 80 % (Beaudette et Stewart, 2016; Brown, Hirdes et Fries, 2015; Lafortune, 2010; Rezansoff, Moniruzzaman, Gress et Somers, 2013; Stewart, Wilton et Cousineau, 2012), soit un taux de deux à quatre fois plus élevé que celui constaté dans la population canadienne (Pearson, Janz et Ali, 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2015). Dans les travaux menés au Canada, on recense de façon constante des taux élevés de trouble psychotique (de 3 % à 9 %), de trouble dépressif (de 10 % à 69 %), de trouble bipolaire (de 1,5 % à 25 %), de trouble anxieux (de 17 % à 40 %), de trouble lié à un traumatisme (de 4 % à 13 %), de trouble de la personnalité antisociale (de 44 % à 83 %) et de trouble lié à la consommation de substances (de 25 % à 85 %) (Beaudette et Stewart, 2016; Brink, Doherty et Boer, 2001; Brown et coll., 2013; ICIS, 2008; Corrado, Cohen, Hart et Roesch, 2000; Derkzen, Booth, McConnell et Taylor, 2012; Lafortune, 2010; Motiuk et Porporino, 1991; Rezansoff et coll., 2013; Stewart et coll., 2012). Selon certaines estimations récentes, parmi les détenus, la prévalence chez les détenus d'un trouble de santé mentale et d'un trouble concomitant lié à la consommation de substances est supérieure à 50 %, alors qu'elle se chiffre à environ 36 % dans le cas d'une combinaison d'un trouble de santé mentale et d'un trouble de la personnalité antisociale (Beaudette et Stewart, 2016). La prévalence des troubles de santé mentale est plus élevée chez les détenues que chez leurs homologues de sexe masculin; les femmes incarcérées au Canada présentent des taux plus élevés de trouble psychotique (de 5 % à 9 %), de trouble dépressif (de 26 % à 69 %), de trouble anxieux (de 20 % à 48 %), de trouble de la personnalité (de 28 % à 83 %) et de trouble lié à un traumatisme (de 31 % à 52 %) (Blanchette et Motiuk, 1996; Brown et coll., 2013; Derkzen et coll., 2012; Lafortune, 2010). Les résultats sont divergents quant à la différence entre la prévalence des troubles mentaux chez les détenus autochtones et les détenus non autochtones, même si les résultats montrent invariablement des taux plus élevés de trouble lié à la consommation de substances chez les détenus autochtones (Beaudette, Power et Stewart, 2015; Derkzen et coll., 2012).

Les hommes forment plus de 90 % de la population carcérale, tant au Canada qu'à l'étranger (Walmsley, 2015); c'est pourquoi il n'est peut-être pas étonnant que les études sur la prévalence des troubles mentaux chez les délinquants aient porté, jusqu'à récemment, principalement sur les détenus de sexe masculin et la nécessité d'offrir des services d'évaluation et de soins en santé mentale à cette grande partie de la population carcérale (Drapalski et coll., 2009; Fazel et coll., 2016; MacDonald, 2013). Toutefois, l'augmentation rapide du nombre de femmes détenues à l'échelle internationale (selon les évaluations, ce nombre a augmenté de plus de 50 % depuis l'an 2000 [Walmsley, 2015] et, au Canada, de plus de 50 % depuis 2005 [Sapers, 2014]), la plus grande prévalence des troubles de santé mentale parmi les détenues et les résultats témoignant de plus en plus de l'importance de tenir compte des différences entre les sexes dans la gestion et le traitement des troubles de santé mentale (Bartlett et coll., 2015; Dalley, 2014; MacDonald, 2013; Schnittker et Bacak, 2016) soulignent la nécessité d'obtenir des évaluations fiables de la prévalence des troubles de santé mentale chez les femmes incarcérées afin de cerner et d'élaborer des stratégies de gestion et de soins pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale qui touchent cette petite tranche particulière de la population carcérale. Afin d'appuyer l'application de la stratégie en matière de santé mentale du SCC (SCC, 2012) et son principe clé voulant que « *[l]es services de santé mentale répondent aux divers antécédents et besoins des délinquants, une importance particulière étant accordée aux délinquants autochtones et aux délinquantes* », il est important d'établir des évaluations exactes de la prévalence des troubles de santé mentale chez les délinquantes sous responsabilité fédérale, y compris les délinquantes autochtones, pour appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de services sexospécifiques d'évaluation et de soins en santé mentale qui soient adaptés sur le plan culturel.

Dans le cadre de la présente étude, pour évaluer un échantillon national de délinquantes sous responsabilité fédérale quant à la présence de symptômes et de diagnostics de troubles de santé mentale et de troubles de la personnalité, on a utilisé l'entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe I du DSM-IV (SCID-I-RV/P; First, Spitzer, Gibbon et Williams, 2007) et l'entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe II du DSM – IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams et Benjamin, 1997), outils qui sont reconnus, de façon générale, comme la norme de référence en matière d'instruments d'étude clinique. La présente étude sert de complément à l'étude précédemment commandée par le Service correctionnel du Canada intitulée *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale*

nouvellement admis (Beaudette et coll., 2015), mais comporte des différences d'ordre méthodologique, notamment le fait que les délinquantes qui ont participé aux travaux ont été évaluées non pas par le personnel de l'unité d'admission à leur arrivée, mais plutôt après leur placement sous garde.

Méthodologie

Participantes

De février à octobre 2016, toutes les délinquantes incarcérées dans les six établissements fédéraux pour femmes situés dans les cinq régions à l'échelle fédérale pouvaient participer à l'étude. Le tableau 1 détaille le nombre total de participantes admissibles, le nombre de participantes volontaires issues de l'échantillon et le nombre de détenues avec lesquelles on n'a pas été en mesure de communiquer ou qui ont refusé de participer. Des détenues sollicitées pour participer à l'étude, seul un petit nombre (32/690; 4,6 %) ont refusé ou se sont retirées après avoir commencé l'entrevue clinique.

Tableau 1

Nombre de femmes ayant participé et n'ayant pas participé selon l'établissement – échantillon national (N = 154)

Établissement	Nombre total *n*	Participantes *n* (%)	N'a pu être jointe/ne s'est pas présentée *n* (%)	Refus/retrait *n* (%)
Établissement de la vallée du Fraser	112	29,5 (33)	0	20,5 (23)
Établissement d'Edmonton	167	19,2 (32)	9,0 (15)	0,6 (1)
Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci	44	38,6 (17)	0	2,3 (1)
Établissement Grand Valley	171	20,5 (35)	19,9 (34)	0,6 (1)
Établissement Joliette	115	14,8 (17)	0	5,2 (6)
Établissement Nova	81	24,7 (20)	35,8 (29)	0
Total	690	22,3 (154)	11,3 (78)	4,6 (32)

Addendum : Des données provenant de sept femmes au Centre psychiatrique régional ont été ajoutées à l'échantillon en établissement après que ce rapport a été complété. Ces données seront incluses dans le rapport final (Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale: échantillons en établissement et en admission) qui présente les résultats pour les échantillons en établissement et les échantillons d'admission.

Dans l'ensemble, 22,3 % (N = 154/690) des délinquantes sous responsabilité fédérale qui étaient incarcérées au moment de l'étude y ont participé. L'Établissement Joliette dans la région du Québec a affiché le plus faible taux de participation (14,8 %); le taux de participation le plus élevé a

été enregistré au Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci Healing (38,6 %). Le nombre de délinquantes et les caractéristiques retenues dans le cadre de l'étude figurent dans le tableau 2.

Tableau 2
Caractéristiques des délinquantes ayant participé (N = 154) et de celles n'ayant pas participé (N = 546)

	Participantes de l'échantillon % (*n*)[a]	Non-participantes de la population % (*n*)[b]	X^2	*ddl*
Origine ethnique				
Autochtone	32,8 (48)	38,5 (210)	4,50	3
Noire	4,0 (6)	4,8 (26)		
Caucasienne	57,0 (86)	47,1 (257)		
Autre	7,3 (11)	9,3 (51)		
État matrimonial				
Célibataire	50,0 (77)	54,9 (300)	1,21	3
Mariée/union de fait	31,2 (48)	27,7 (151)		
Divorcée, séparée ou veuve	15,6 (24)	14,3 (78)		
Autre	3,3 (5)	3,1 (17)		
Niveau des besoins liés aux facteurs criminogènes (à l'évaluation initiale)				
Faible	11,0 (17)	6,6 (36)	6,32*	2
Moyen	37,0 (57)	30,8 (168)		
Élevé	52,0 (80)	61,4 (335)		
Niveau de risque lié aux antécédents criminels (à l'évaluation initiale)				
Faible	33,1 (51)	21,6 (118)	8,19*	2
Moyen	35,1 (54)	40,7 (222)		
Élevé	31,8 (49)	36,4 (199)		
Infraction grave à l'origine de l'incarcération				
Homicide	24,7 (38)	24,5 (134)	11,06[1]	6
Vol qualifié	9,7 (15)	13,0 (71)		
Infractions en matière de drogue	31,8 (49)	25,5 (139)		
Voies de fait	7,1 (11)	15,0 (82)		
Infractions sexuelles	3,3 (5)	2,9 (16)		
Infractions contre les biens	14,9 (23)	10,1 (55)		
Autres infractions avec violence	†	3,7 (20)		
Autres infractions sans violence	5,8 (9)	5,1 (28)		
Cote de sécurité (à l'évaluation initiale)				
Minimale	41,6 (64)	23,4 (128)	19,23***	2
Moyenne	42,2 (65)	55,3 (302)		
Maximale	16,2 (25)	20,3 (111)		
Type de peine				
Durée déterminée	82,5 (127)	83,3 (455)	0,09	1
Indéterminée	17,5 (27)	16,5 (90)		
Durée moyenne de la peine en années (ET)	3,7 (1,9)	3,8 (2,5)	t =0,418	580

† Information éliminée en raison d'une fréquence inférieure à 5 dans une catégorie.
[a] n = 3; données manquantes pour la variable « origine ethnique » parmi les participantes comprises dans l'échantillon

[b] $n = 2$; données manquantes pour la variable « origine ethnique » dans l'échantillon témoin; $n = 7$; données manquantes – variables « niveau des besoins liés aux facteurs criminogènes » et « antécédents criminels »; $n = 1$; il données manquantes – variables « infraction grave à l'origine de l'incarcération » et « type de peine »; $n = 5$; données manquantes – variable « cote de sécurité »
[1] Le khi carré a été calculé pour une table 2 X 7 en raison du faible nombre de participantes auxquelles s'appliquaient la variable « autres infractions avec violence »
$^{*}p < 0,05$, $^{**}p < 0,01$, $^{***}p < 0,001$

Il y a un certain nombre de différences significatives sur le plan statistique entre l'échantillon des participantes et le reste de la population de délinquantes sous responsabilité fédérale qui n'ont pas participé à l'étude. Les participantes constituant l'échantillon présentaient des besoins liés aux facteurs criminogènes et un niveau de risque lié aux antécédents criminels à l'évaluation initiale significativement plus faibles, et elles étaient nettement plus susceptibles d'être placées dans un établissement à sécurité minimale. Il n'y avait aucune différence entre les délinquantes ayant participé à l'étude et celles n'y ayant pas participé quant aux facteurs d'ordre démographique (y compris l'âge : 36 ans et 36 ans respectivement, $t = 0,000$, $p = 1,00$), au type d'infraction grave à l'origine de l'incarcération ou à la durée moyenne de la peine ($t = 0,418$, $p = 0,676$).

Compte tenu de la taille plutôt petite de l'échantillon, le présent rapport ne contient pas de comparaisons entre les établissements ou les régions quant aux facteurs démographiques et aux caractéristiques des délinquantes.

Mesures/matériel utilisé

Entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe I et de l'Axe II du DSM-IV-TR (SCID-I et SCID-II). Le SCID-I est une entrevue clinique semi-structurée conçue pour diagnostiquer les troubles mentaux de l'Axe I du DSM-IV[1] (First et coll., 2007). La version du SCID-I/NP aux fins de travaux de recherche qui a été utilisée dans le cadre de la présente étude est plus longue que la version clinique, vu qu'elle contient des renseignements plus détaillés à propos de troubles particuliers et de leur sous-type, du degré de gravité et de la méthode de codage qui sont utiles sur le plan des diagnostics dans le cadre d'une étude, et on peut facilement adapter cette version en fonction d'objectifs de recherche spécifiques (Biometrics Research, 2017a). Pour la

---

[1] DSM-IV-TR - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte révisé). Washington, DC, American Psychiatric Association.

présente étude, on a utilisé le SCID-I/NP pour évaluer les troubles suivants : 1) trouble de l'humeur; 2) trouble psychotique; 3) trouble lié à la consommation de substances; 4) trouble anxieux; 5) trouble de l'alimentation; et 6) jeu pathologique. Le SCID-II (First et coll., 1997) est une version du SCID utilisée pour évaluer les troubles de la personnalité décrits dans le DSM-IV-TR. Il sert à évaluer 11 différents troubles de la personnalité, et deux troubles provisoires additionnels (Biometrics Research, 2017c; Martin, 2014). Dans le cadre des présents travaux, on a utilisé le SCID-II pour évaluer les troubles suivants : 7) trouble de la personnalité antisociale (TPA); et 8) trouble de la personnalité limite. On a évalué la prévalence actuelle (c.-à-d. au cours du dernier mois) et au cours de la vie entière du trouble de santé mentale quand il y avait suffisamment de renseignements disponibles. Les formulaires des entrevues cliniques SCID-I et SCID-II ont été remplis en format papier.

Le SCID et ses différentes versions sont considérés, de façon générale, comme la norme établie pour évaluer les troubles de l'Axe I et de l'Axe II du DSM-IV-TR (Corrigan, Mueser, Bond, Drake et Solomon, 2008; Shear et coll., 2000), et un grand nombre de travaux de recherche appuient les propriétés psychométriques modérées à soutenues (fiabilité, validité, sensibilité et spécificité) du SCID I et SCID-II (Biometrics Research, 2017b; Chmielewski, Clark, Bagby et Watson, 2015; DeMarce, Lash, Parker, Burke et Grambow, 2013; Fennig, Craig, Lavelle, Kovasznay et Bromet, 1994; Germans, Van Heck, Masthoff, Trompenaars et Hodiamont, 2010; Lobbestael, Leurgans et Arntz, 2011; Ryder, Costa et Bagby, 2007; Zanarini et Frankenburg, 2001)[2].

On a largement utilisé le SCID-I et SCID-II à l'échelle internationale pour évaluer tant des personnes dans la collectivité qu'en établissement, y compris des patients psychiatriques, des délinquants (Chen, Chen et Hung, 2016; Guy, Poythress, Douglas, Skeem et Edens, 2008; Komarovaskaya, Booker Loper et Warren, 2007; O'Brien, Mortimer, Singleton et Meltzer, 2003; Roberts et Coid, 2010; Steadman, Robbins, Islam et Osher, 2007; Trestman et coll., 2007; Ullrich et coll., 2008; Walter, Wiesbeck, Dittmann et Graf, 2011; Wetterborg, Långströmb, Andersson et

---

[2] Pour un examen approfondi des propriétés psychométriques du SCID-I et du SCID-II, veuillez consulter Beaudette, Power, & Stewart (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis*. Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada.

Enebrink, 2015; Zimmerman, Ruggero, Chelminski et Young, 2010), et des délinquants sous responsabilité fédérale incarcérés au Canada (Beaudette et Stewart, 2016; Power et Beaudette, 2014; Power et Usher, 2011a, 2011b).

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement – modifiée (EGF). Pour assurer la cohérence des résultats et la possibilité de les comparer avec ceux de l'étude portant sur la prévalence des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale (Beaudette et coll., 2015), on a utilisé l'EGF pour mesurer la gravité des symptômes et le degré de fonctionnement global. L'EGF est probablement la mesure du fonctionnement sur le plan psychologique, social et professionnel la plus largement utilisée en milieu clinique et dans le cadre d'études, tant par des organisations juridiques et administratives que des sociétés d'assurance pour prendre des décisions concernant le degré d'invalidité et l'admissibilité à des soins (Gold, 2014; Støre-Valen et coll., 2015). Les notes de l'EGF varient de 90 (symptômes inexistants ou minimes) à 0 (symptômes et déficience fonctionnelle grave, danger pour soi-même ou les autres, trouble de santé mentale); une note à l'EGF de 50 ou moins correspond à des symptômes ou une déficience fonctionnelle graves (Hall, 1995; OMS, 2004). Des travaux ont confirmé que la fiabilité et la validité de l'EGF est adéquate (Rush et coll., 2008; Söderberg, Tungström et Åke Armelius, 2005; Smith et coll., 2011), et que son utilisation nécessite peu de formation ou d'expertise clinique.

Procédures/approche analytique

Conception de la recherche. L'étude a été réalisée grâce à un protocole d'entente (PE) conclu entre le Service correctionnel du Canada et l'Institute for Applied Social Research (IASR) de l'École de criminologie et de justice pénale de l'Université Nipissing. Les membres du comité d'éthique de la recherche de l'Université Nipissing ont examiné et approuvé l'étude selon l'*Énoncé politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, y compris le *Chapitre 9 - La recherche visant les Premières Nations, les Inuit ou les Métis du Canada* (gouvernement du Canada, 2014). Jane Barker, Ph. D., et Kindra McMillan, adjointe supérieure de recherche de l'IASR, ainsi que Rachel Norman, adjointe de recherche de l'IASR, étaient responsables d'organiser la collecte de données, de mener les entrevues cliniques et de superviser la saisie et la vérification des données et la production des rapports préliminaires sur les résultats. Les responsables du secteur Recherche sur les interventions et les délinquantes et de la Direction des initiatives pour les Autochtones ont fourni le soutien organisationnel de la part du SCC pour l'étude.

On a utilisé un modèle de recherche fondé sur une enquête transversale ou un « profil instantané » (Rothman, Greenland et Lash, 2008) pour évaluer la prévalence des troubles de santé mentale chez les délinquantes sous responsabilité fédérale. En raison de la portée nationale de l'étude et des six établissements visés par les travaux de recherche, on a mené l'enquête sur une longue période, soit de février à octobre 2016.

Formation des évaluateurs. Pour utiliser le SCID-I et le SCID-II, les chercheurs de l'IASR ont suivi un apprentissage autonome d'une durée de cinq jours à l'aide de la trousse de formation fournie par Biometric Research (http://scid4.org/index.html), qui comprenait deux manuels de l'utilisateur, deux exemples de cas et huit DVD d'apprentissage. Après la formation, et tout au long de la collecte de données, des questions et des préoccupations concernant l'utilisation des instruments d'évaluation ont été soulevées et ont fait l'objet de discussions avec Jane Barker, Ph. D., la psychologue membre de l'équipe de recherche, qui possède une grande expérience concernant l'utilisation d'instruments d'évaluation des troubles mentaux et les travaux menés dans les établissements fédéraux pour femmes. Pour assurer l'uniformité quant à l'utilisation des entrevues SCID, deux membres de l'équipe de recherche étaient présents à chacune des 20 premières entrevues cliniques menées. Le jumelage des chercheurs en équipes de deux dans chaque établissement a permis en plus de s'assurer qu'on pourrait régler immédiatement toute question concernant l'attribution de cotes au moyen des instruments.

Recrutement des participantes. Au début du mois de février 2016, les membres de l'équipe de recherche ont commencé à effectuer des visites en rotation à chacun des six établissements fédéraux pour femmes au Canada. Avant chaque visite, le directeur de la Direction de la recherche du SCC faisait parvenir une lettre au directeur de l'établissement concerné afin d'expliquer l'étude et de demander de désigner une personne-ressource dans l'établissement pour aider les chercheurs de l'IASR à prendre les dispositions nécessaires à la réalisation des travaux. À leur arrivée à chaque établissement, les chercheurs de l'IASR rencontraient la personne-ressource désignée pour passer en revue les dispositions et toute exigence de l'établissement, apporter des précisions ou fournir des renseignements additionnels, au besoin, et rencontrer l'Aîné sur place, le cas échéant.

Les chercheurs ont eu recours à une stratégie d'échantillonnage systématique (Bruce, Pope et Stanistreet, 2008) pour cerner les participantes potentielles. Avec l'aide de la personne-ressource de l'établissement, ils ont choisi chaque troisième nom sur la liste des détenues de l'établissement

et ont communiqué avec chacune d'elles, en personne ou au moyen du système téléphonique de l'établissement, pour expliquer l'étude et solliciter leur participation. Au total, 154 femmes (N = 154; 22,3 % de l'ensemble des délinquantes sous responsabilité fédérale) ont accepté de participer et ont terminé les entrevues; parmi les délinquantes avec lesquelles les chercheurs ont communiqué, 78 (11,3 % de l'ensemble de la population de délinquantes) n'ont pu être jointes, n'ont pas rappelé ou ne se sont pas présentées au moment prévu pour l'entrevue; 32 délinquantes (4,6 % de l'ensemble de la population de délinquantes) ont refusé de participer ou n'ont pas terminé l'entrevue. Au cours de chacune de leur visite sur place, les chercheurs de l'IASR ont continué d'appliquer la stratégie d'échantillonnage systématique jusqu'à ce que la période allouée à la visite soit écoulée. Ils ont effectué deux visites aux plus grands établissements (Établissement Grand Valley et Établissement d'Edmonton pour femmes). On a terminé la collecte de données en octobre 2016.

Consentement éclairé et gestion des données. On n'a offert aucune compensation ni appliqué de mesure incitative en échange de la participation à l'étude. Les chercheurs de l'IASR ont donné aux délinquantes qui se sont portées volontaires pour participer un résumé verbal du formulaire de consentement éclairé et ont incité les délinquantes à poser des questions sur les procédures qui seraient appliquées et les conditions relatives à leur participation. On demandait ensuite aux participantes de signer une copie papier du formulaire de consentement éclairé avant de mener les entrevues au moyen du SCID; ce formulaire comprenait une demande d'autorisation pour consulter leur dossier consigné dans le Système de gestion des délinquant(e)s (SGD) aux fins de l'étude. Les procédures concernant la communication des renseignements figuraient sur le formulaire de consentement éclairé. Les entrevues ont été menées en anglais dans les établissements Nova, Grand Valley, d'Edmonton et de la vallée du Fraser et au Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci, et en français ou en anglais à l'Établissement Joliette. Vu que les évaluations effectuées au moyen du SCID-I et du SCID-II servaient aux fins de recherche et non d'établissement de diagnostic, on n'a pas communiqué les résultats aux participantes.

On a rempli les questionnaires des entrevues cliniques SCID-I et SCID-II sur papier. Dans le cadre de l'étude, on a créé un identifiant unique pour chaque participante afin que le nom et le numéro SED des délinquantes ne figurent pas sur les formulaires d'entrevue clinique remplis, et qu'ils soient plutôt conservés dans un emplacement séparé et sécurisé, accessible seulement par l'adjointe supérieure de recherche de l'IASR. Les chercheurs de l'IASR ont retourné les

formulaires d'entrevue remplis à l'Université Nipissing, où ils étaient conservés dans un classeur verrouillé placé dans un bureau protégé. Un étudiant, assistant de recherche de l'IASR, était chargé de saisir les données des entrevues dans le logiciel IBM SPSS Statistics 24 (IBM Corporation, 2016) aux fins d'analyse des données. Le personnel du secteur Recherche sur les interventions et les délinquantes du SCC a créé un fichier combinant les données recueillies à l'aide des entrevues SCID-I et SCID-II et les facteurs démographiques et les caractéristiques des délinquantes aux fins d'analyse et de production de rapports sur les résultats.

Techniques statistiques. On a effectué des analyses du khi carré et des tests de Student qui reposent sur des comparaisons de moyennes pour cerner les différences significatives sur le plan statistique entre l'échantillon des participantes et l'échantillon témoin constitué des délinquantes n'ayant pas participé ainsi que pour effectuer des tests sur les différences dans la distribution des notes à l'EGF en fonction de l'ascendance autochtone. On a calculé les estimations concernant la prévalence des troubles mentaux au cours de la vie et actuels en divisant le nombre de délinquantes qui satisfaisaient aux critères de diagnostic d'un trouble en particulier (ou d'un groupe de troubles) par le total de la taille de l'échantillon ($N = 154$). Vu la petite taille de l'échantillon de délinquantes sous responsabilité fédérale, on n'a pas présenté de données comparatives par établissement ni par région, et il convient de faire preuve de prudence au moment d'interpréter les estimations de la prévalence des troubles mentaux et les comparaisons entre les taux de prévalence chez les délinquantes et chez les délinquants obtenus au moyen de la méthodologie utilisée. Une deuxième étude qui sera menée prochainement examinera les délinquantes à l'évaluation initiale et offrira des comparaisons solides entre les délinquants et les délinquantes nouvellement admis.

Résultats

Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale

Les taux de prévalence des troubles mentaux relevés dans l'échantillon de délinquantes sous responsabilité fédérale incarcérées constitué à l'échelle nationale ($N = 154$) figurent dans le tableau 3.

Tableau 3
Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale (N = 154)

Trouble	Au cours de la vie % (*n*)	Actuel % (*n*)
Tout trouble	**92,9 (143)**	**79,2 (122)**
Troubles de l'humeur	**61,7 (95)**	**22,1 (34)**
Troubles bipolaires[a]	10,4 (16)	4,5 (7)
Trouble dépressif caractérisé	46,8 (72)	9,7 (15)
Trouble dysthymique	9,7 (15)	9,1 (14)
Autres troubles de l'humeur[b]	7,8 (12)	†
Troubles psychotiques[c]	**7,1 (11)**	**4,5 (7)**
Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances (vie entière seulement)	**76,0 (117)**	-
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool	48,7 (75)	-
Toxicomanie ou dépendance à des substances autres que l'alcool	72,1 (111)	-
Troubles anxieux	**57,1 (88)**	**53,9 (83)**
Trouble panique	18,8 (29)	14,3 (22)
Phobies[d]	18,8 (29)	17,5 (27)
Trouble obsessionnel-compulsif	10,4 (16)	10,4 (16)
Trouble de stress post-traumatique	34,4 (53)	33,1 (51)
Trouble d'anxiété généralisée	13,6 (21)	13,0 (20)
Autres troubles anxieux[e]	7,1 (11)	7,1 (11)
Troubles de l'alimentation	**16,2 (25)**	**11,0 (16)**
Anorexie mentale	5,8 (9)	†
Boulimie	6,5 (10)	5,8 (9)
Frénésie alimentaire	3,9 (6)	†
Jeu pathologique	**13,6 (21)**	†
Trouble de la pers. limite (vie entière seulement)	**33,1 (51)**	-
Trouble de la pers. antisociale (vie entière seulement)	**49,4 (76)**	-

Remarque : Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 %, car les participantes peuvent satisfaire aux critères diagnostiques de plus d'un trouble. Les pourcentages peuvent varier en raison d'absence de données pour certains diagnostics (c.-à-d. les dénominateurs peuvent varier).
† Information éliminée en raison d'une fréquence inférieure à 5 dans une catégorie.
[a] Les troubles bipolaires comprennent le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II et d'autres troubles bipolaires; [b] La catégorie « Autres troubles de l'humeur » comprend le trouble dépressif non spécifié, le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et le trouble de l'humeur induit par une substance; [c] Les troubles psychotiques comprennent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, les symptômes psychotiques causés par la consommation de substances ou une affection médicale générale, le trouble psychotique induit par la consommation de substances et le trouble psychotique non spécifié; [d] Les phobies comprennent l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, la phobie sociale et la phobie spécifique; [e] Les troubles anxieux comprennent le trouble anxieux dû à une affection médicale générale, le trouble anxieux induit par la consommation de substances et le trouble anxieux non spécifié.

Aux fins d'analyse et de discussion, et en raison du très petit nombre de délinquantes associées à bon nombre des catégories de diagnostic différentiel, on a présenté seulement les principales catégories de troubles mentaux et de diagnostics différentiels groupés. Les taux de prévalence pour les principales catégories de troubles mentaux figurent en caractère gras, et sont suivis des taux pour les catégories de diagnostics regroupés. Les taux de prévalence pour les catégories principales de troubles mentaux correspondent au pourcentage de délinquantes ayant reçu au moins un diagnostic compris dans la catégorie principale. Les résultats complets pour les catégories principales et toutes les catégories de diagnostics différentiels figurent à l'annexe A. Pour le trouble lié à la consommation d'alcool et de substances, seule la prévalence au cours de la vie figure dans le présent rapport, vu qu'il n'était pas possible d'évaluer de façon valide la prévalence actuelle de ce trouble chez les délinquantes incarcérées.

Conformément aux résultats obtenus à la suite d'études menées précédemment au Canada et à l'étranger, les délinquantes sous responsabilité fédérale présentent un taux de prévalence, au cours de la vie et actuelle, plus élevé des troubles suivants : troubles psychotiques (au cours de la vie : 7,1 %; actuel : 4,5 %); troubles de l'humeur (au cours de la vie : 61,7 %; actuel : 22,1 %), y compris le trouble dépressif caractérisé (au cours de la vie : 46,8 %; actuel : 9,7 %); troubles anxieux (au cours de la vie : 57,1 %; actuel : 53,9 %); trouble de stress post-traumatique (au cours de la vie : 34,4 %; actuel : 33,1 %); et trouble de la personnalité limite (au cours de la vie : 33,1 %). Ces taux sont quatre fois plus élevés que ceux recensés dans la population générale (Agence de la santé publique du Canada, 2015; Steel et coll., 2014), et entre une fois et demie et deux fois plus élevés que ceux recensés parmi les détenus de sexe masculin (Lafortune, 2010; Prins, 2014; Schnittker et Bacak, 2016; Steadman et coll., 2009). L'estimation de la prévalence au cours de la vie des troubles liés à la consommation d'alcool (au cours de la vie : 48,7 %) ou à la consommation de substances (au cours de la vie : 72,1 %) est de deux à huit fois plus grande que celle recensée dans la population générale (Fazel et coll., 2016; Fazel, Bains et Doll, 2006; Pearson et coll., 2013).

Les détails de la prévalence des troubles mentaux relevés dans l'échantillon de délinquantes sous responsabilité fédérale, selon l'ascendance autochtone et non autochtone, pour les principales catégories de troubles de santé mentale et de diagnostics différentiels regroupés, figurent à l'annexe B. En raison du très petit nombre, ou de l'absence, de délinquantes autochtones associées à de nombreuses catégories de diagnostic, il convient de faire preuve de prudence au moment de tirer des conclusions à partir des résultats. La prévalence des troubles mentaux est, presque sans

exception, plus élevée chez les délinquantes autochtones que chez leurs homologues non autochtones. La prévalence des troubles psychotiques, des troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances et des troubles anxieux et de l'alimentation est plus élevée chez les délinquantes autochtones, de même que celle du jeu pathologique, du trouble de la personnalité antisociale et du trouble de la personnalité limite. La quasi seule exception tient à la plus faible prévalence des troubles de l'humeur dans leur ensemble que présentent les délinquantes autochtones, même si la prévalence actuelle du trouble dépressif caractérisé est tout de même plus élevée que celle que l'on trouve chez les délinquantes non autochtones. À la suite d'une étude menée en Australie, Butler, Allnutt, Kariminia et Cain (2007) ont aussi fait état de la plus grande prévalence des troubles de santé mentale, de façon générale, chez les délinquantes autochtones australiennes par rapport à celle recensée chez les délinquantes non autochtones, même si récemment, à l'aide de l'IEP, Derkzen et coll. (2012) n'ont observé presque aucune différence entre les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale au Canada, sauf en ce qui concerne la consommation de substances.

Dans l'ensemble, les taux de prévalence des troubles mentaux parmi l'échantillon constitué à l'échelle nationale de délinquantes sous responsabilité fédérale reflètent les résultats obtenus à la suite d'autres travaux de recherche menés au Canada et à l'étranger : les délinquantes présentent des taux de troubles mentaux, au cours de la vie et actuels, plus élevés que la population générale et les détenus de sexe masculin; elles sont plus susceptibles de présenter des symptômes de trouble dépressif caractérisé, de trouble psychotique, de trouble anxieux, de trouble de stress post-traumatique et de trouble de personnalité limite, en plus de présenter des taux élevés d'alcoolisme et de toxicomanie.

Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves

Pour des raisons d'ordre juridique et liées aux diagnostics et aux soins (Hoge, Greifinger, Lundquist et Mellow, 2009; Magaletta, Diamond, Faust, Daggett et Camp, 2009; Reingle Gonzalez et Connell, 2014; Sarteschi, 2013), dans les études menées récemment sur les troubles de santé mentale chez les populations carcérales, on distingue les maladies mentales graves, les troubles liés à la consommation de substances et les troubles de la personnalité et on considère qu'il s'agit de troubles différents nécessitant de façon habituelle des interventions de gestion et des soins en

établissement distincts (Baillargeon et coll., 2009; Brandt, 2012; Fazel et Seewald, 2012; Steadman et al, 2009).

Les taux de prévalence au cours de la vie et actuels pour tous les troubles mentaux, accompagnés ou non d'un trouble lié à la consommation d'alcool et de substances, du trouble de la personnalité antisociale ou du trouble de la personnalité limite, dans l'échantillon national de délinquantes sous responsabilité fédérale (N =154) figure dans le tableau 4. On y trouve aussi les taux estimatifs de prévalence au cours de la vie et actuels des maladies mentales graves (trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire ou trouble psychotique) excluant les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances ou les troubles de la personnalité (s'il s'agit des seuls troubles mentaux recensés).

Selon les critères, plus de 90 % des délinquantes formant l'échantillon avaient été atteintes d'au moins un trouble mental au cours de leur vie, et près de 80 % d'entre elles étaient actuellement aux prises avec un trouble mental.

Tableau 4

Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)

	% (n)
Critères satisfaits pour un trouble – vie entière	92,9 (143)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	79,2 (122)
Tout trouble de santé mentale, sauf le TPA et le TPL	
Critères satisfaits pour un trouble – vie entière	90,9 (140)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	61,0 (94)
Tout trouble de santé mentale, sauf les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances	
Critères satisfaits pour un trouble – vie entière	87,0 (134)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel[a]	78,6 (121)
Tout trouble de santé mentale, sauf les TPA et TPL et les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances	
Critères satisfaits pour un trouble – vie entière	83,8 (129)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	60,3 (93)
Taux de maladie mentale grave[b] – vie entière	60,3 (93)
Taux de maladie mentale grave[b] – actuel	16,9 (26)

Remarque : TPA = trouble de la personnalité antisociale; TPL = trouble de la personnalité limite.
Remarque : Dans les catégories où les troubles liés à la consommation de substances, le TPA et le TPL sont exclus, les délinquantes qui présentaient ces troubles n'étaient pas exclues des calculs; toutefois, leur cas n'était pas retenu pour le taux de prévalence en question si le SEUL diagnostic correspondait à l'un de ces troubles.
[a] Les taux actuels de trouble lié à la consommation d'alcool et de substances n'ont pu être évalués de façon valide, vu que les délinquantes étaient détenues au moment de leur participation à l'étude.
[b] Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II ou un trouble psychotique.

Quand on exclut les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances, le trouble de la personnalité antisociale (TPA) et le trouble de la personnalité limite (TPL) dans les cas où ces diagnostics sont les seuls dont est atteinte la délinquante, les taux de trouble de santé mentale au cours de la vie entière (83,8 %) et actuels (60,3 %) sont tout de même très élevés. Par contre, les taux de prévalence au cours de la vie entière et actuels pour les affections habituellement définies comme des maladies mentales graves causant un degré d'incapacité fonctionnelle important sont beaucoup plus faibles (60,3 % et 16,9 %, respectivement), même si, encore une fois, ils sont tout de même élevés par rapport à ceux recensés dans des échantillons formés dans la collectivité

(Beaudette et Stewart, 2016; Derkzen et coll., 2012; Fazel et Seewald, 2012; Lynch et coll., 2014; Prins, 2014; Senior et coll., 2013, Stewart et coll., 2012).

La ventilation des taux de prévalence des troubles de santé mentale et des maladies mentales graves chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale figure dans le tableau 5. Toutes les délinquantes autochtones (100 %) avaient satisfait aux critères d'un diagnostic de trouble de santé mentale à un moment au cours de leur vie, et presque toutes (95,8 %) étaient visées par un diagnostic de trouble de santé mentale actuel. En comparaison des délinquantes non autochtones, les délinquantes autochtones étaient plus susceptibles d'avoir été atteinte d'un trouble de santé mentale au cours de leur vie et d'être actuellement atteintes d'un tel trouble, et ce, que les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances et les troubles de la personnalité soient inclus ou non. Toutefois, la prévalence des maladies mentales graves au cours de la vie entière est plus élevée chez les délinquantes non autochtones, et il n'y a pas beaucoup de différence entre les deux groupes en ce qui concerne les taux actuels de maladie mentale grave (18,8 % par rapport à 16 %; voir le tableau 5)

Tableau 5

Taux de prévalence des troubles de santé mentale et des maladies mentales graves chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)

	Autochtone *N* = 48 % (*n*)	Non autochtone *N* = 106 % (*n*)
Critères satisfaits pour un trouble – vie entière	100 (48)	89,6 (95)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	95,8 (46)	71,7 (76)
Tout trouble, sauf le TPA et le TPL		
Critères satisfaits pour un trouble – vie entière	93,8 (45)	89,6 (95)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	66,7 (32)	58,5 (62)
Tout trouble, sauf les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances		
Critères satisfaits pour un trouble – vie entière	95,8 (46)	83,0 (88)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel[a]	93,8 (45)	71,7 (76)
Tout trouble, sauf le TPA, le TPL ou les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances		
Critères satisfaits pour un trouble – vie entière	85,4 (41)	83,0 (88)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	64,6 (31)	58,5 (62)
Taux de maladie mentale grave[b] – vie entière	54,2 (26)	63,2 (67)
Taux de maladie mentale grave[b] – actuel	18,8 (9)	16,0 (17)

Remarque : TPA = trouble de la personnalité antisociale; TPL = trouble de la personnalité limite.

[a] Les taux actuels de trouble lié à la consommation d'alcool et de substances n'ont pu être évalués de façon valide, vu que les délinquantes étaient détenues au moment de leur participation à l'étude.

[b] Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II ou un trouble psychotique.

Taux de prévalence des troubles concomitants

Selon des études menées au Canada et à l'étranger, jusqu'à 50 % des détenus atteints d'un trouble de santé mentale ainsi que d'un trouble lié à la consommation de substances ou d'un trouble de la personnalité (Beaudette et Stewart, 2016; Fazel et Danesh, 2012; Proctor et Hoffman, 2012), et les délinquantes présentent des taux plus élevés de troubles concomitants que les délinquants de sexe masculin (Al-Rousan et coll., 2017; Butler et coll., 2011; Houser et Welsh, 2014). Les troubles concomitants compliquent les soins et les interventions de gestion en établissement relatifs aux troubles mentaux et au rétablissement, ce qui mène bien souvent à de moins bons résultats pour les détenus, y compris un taux de récidive plus élevé (Fazel et coll., 2016; Wilton et Stewart, 2012). Les taux de délinquantes ayant été atteintes à la fois d'un trouble de santé mentale et d'un trouble lié à la consommation d'alcool et de substances ou d'un trouble de la personnalité au cours de leur

vie, chez les délinquantes autochtones et non autochtones, ainsi que pour l'ensemble de l'échantillon ($N = 154$), figurent dans le tableau 6[3].

Tableau 6
Troubles concomitants chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)

	Autochtone $n = 48$ % (n)	Non autochtone $n = 106$ % (n)	Échantillon total $N = 154$ % (n)
Taux de prévalence au cours de la vie	$n = 48$	$n = 95$	$n = 143$
Tout trouble mental et trouble lié à la consommation d'alcool et de substances[a]	89,6 (43)	77,9 (74)	81,8 (117)
Tout trouble mental et TPA ou TPL	87,5 (42)	51,6 (49)	63,6 (91)

Remarque : TPA = trouble de la personnalité antisociale; TPL = trouble de la personnalité limite.
[a] L'établissement du taux de prévalence actuel pour les troubles liés à la consommation de substances était limité, vu que les délinquantes étaient détenues au moment de leur participation à l'étude; en conséquence, les diagnostics de trouble lié à la consommation de substances ou d'alcool reposent sur des estimations au cours de la vie seulement. Les taux actuels de trouble lié à la consommation d'alcool et de substances n'ont pu être évalués de façon valide, vu que les délinquantes étaient détenues au moment de leur participation à l'étude.

Les estimations des taux de prévalence des troubles concomitants au cours de la vie correspondent aux résultats d'autres travaux de recherche menés au Canada et à l'étranger. Plus de 80 % des délinquantes sous responsabilité fédérale qui présentent des problèmes de santé mentale présentent de troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances, la plupart du temps combinés à un TPA ou à un TPL. Les chercheurs dont les travaux visaient les détenus de sexe masculin ont découvert que ceux qui avaient de troubles concomitants étaient plus susceptibles de commettre des infractions en établissement et d'obtenir de moins bons résultats après la mise en liberté (Lynch et coll., 2014; Priester et coll., 2016; Wilton et Stewart, 2012). La coexistence d'un trouble de santé mentale et d'un trouble lié à la consommation d'alcool et de substances, d'un TPA ou d'un TPL représente un défi important pour la prestation de soins de santé mentale efficaces à l'intention des délinquants (Mir et coll., 2015; Priester et coll., 2016). Les taux de prévalence au cours de la vie des troubles concomitants sont plus élevés chez les délinquantes autochtones

[3] On a évalué le TPA et le TPL pour la vie entière seulement, et il était seulement possible d'évaluer de façon valide les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances pour la vie entière. Cela signifie non pas que les délinquantes présentant des troubles liés à la consommation de substances ont été exclues, mais plutôt qu'on n'en a pas tenu compte si le SEUL diagnostic portait sur ces troubles. Il en va de même pour les calculs associés au TPA.

contenues dans l'échantillon quand le trouble est combiné à un trouble lié à la consommation d'alcool et de substances ou à un TPA ou TPL.

Troubles mentaux et évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Les cotes obtenues au moyen de la version modifiée de l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) donnent une mesure du degré actuel d'incapacité fonctionnelle sur le plan psychologique, social et professionnel. Les résultats groupés obtenus au moyen de l'Échelle d'EGF pour l'échantillon national de délinquantes sous responsabilité fédérale, selon les troubles de l'Axe I et de l'Axe II (TPA et TPL) du DSM – IV, figurent dans le tableau 7. Une cote selon l'EGF inférieure ou égale à 50 représente des symptômes graves de trouble mental et/ou un degré important d'incapacité fonctionnelle (Hall, 1995; OMS, 2004). Les résultats complets obtenus au moyen de l'Échelle d'EGF pour l'échantillon national sont présentés à l'annexe C.

Près de deux tiers (61,3 %) des délinquantes ayant reçu un diagnostic de trouble de l'Axe I ont obtenu une note correspondant à un degré d'incapacité fonctionnelle modéré découlant de leur trouble de santé mentale, ce qui correspond à un assez bon degré de capacité fonctionnelle dans leur vie quotidienne. De la même façon, chez les délinquantes ayant reçu un diagnostic de TPA ou de TPL seulement, la majorité (94,4 % et 66,7 % respectivement) affichait un bon degré de capacité fonctionnelle. Par contre, chez les délinquantes ayant reçu un diagnostic de trouble de l'Axe I et de TPA ou de TPL, près de la moitié (49,2 %) présentaient un degré important d'incapacité fonctionnelle quant aux activités quotidiennes (EGF $\leq$ 50). Il importe de noter que les résultats figurant dans le tableau 7 ne concernent que les délinquantes qui ont satisfait aux critères relatifs à un trouble de l'Axe I actuel (excluant les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances, s'il s'agissait du seul diagnostic) ou à un TPA ou TPL (s'il s'agissait du seul diagnostic).

Tableau 7

Note à l'Échelle d'EGF selon le trouble mental pour les diagnostics de trouble de la personnalité actuels : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)

Note à l'EGF	Troubles de l'Axe I[a] *n* = 93 % (*n*)	TPA seulement *n* = 18 % (*n*)	TPL seulement[a] *n* = 3 % (*n*)	Troubles de l'Axe I et TPA ou TPL *n* = 63 % (*n*)
51 à 90 – modéré à nul	61,3 (57)	94,4 (17)	66,7 (2)	50,8 (32)
1 à 50 – possibilité de danger grave et immédiat pour la personne même	38,7 (36)	5,6 (1)	33,3 (1)	49,2 (31)

Remarque : EGF = Évaluation globale du fonctionnement.

[a] Excluant les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances, s'il s'agit des seuls troubles de l'Axe I.

Les notes obtenues à l'Échelle d'EGF liées à une maladie mentale grave actuelle (trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II ou trouble psychotique) pour l'échantillon national de délinquantes sous responsabilité fédérale (*N* =154) figurent dans le tableau 8. Parmi les délinquantes atteintes d'une maladie mentale grave actuelle, 69,2 % (18/26) présentent une incapacité fonctionnelle importante dans leur vie quotidienne; ce groupe représente 11,7 % (18/154) de la totalité de l'échantillon national de délinquantes sous responsabilité fédérale. Plus du tiers des délinquantes (35/93 = 37,6 %) aux prises avec une maladie mentale grave, un TPA ou un TPL présentent une incapacité fonctionnelle grave dans leur vie quotidienne; cela représente 22,7 % (35/154) de la totalité de l'échantillon national.

Tableau 8

Notes à l'Échelle d'EGF ≤ 50 selon la catégorie de trouble mental : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)

	N = 154 Notes à l'Échelle d'EGF ≤50 % (*n*)
Maladie mentale grave[a] (*n* = 26)	11,7 (18/154)
Maladie mentale grave, TPL ou TPA (*n* = 93)	22,7 (35/154)
Maladie mentale grave ou TPL (*n* = 61)	20,8 (32/154)
Tout trouble mental de l'Axe I (sauf les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances, s'il s'agit du seul diagnostic) (*n* = 93)	23,4 (36/154)

[a] Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II ou un trouble psychotique.

Dans l'ensemble, parmi toutes les délinquantes atteintes d'un trouble mental actuel qui ont participé à l'étude, 32,8 % (40/122) présentaient au moins certains symptômes graves ou un degré important d'incapacité fonctionnelle.

Les notes obtenues à l'Échelle d'EGF regroupées par fourchette de résultats, pour les délinquantes autochtones et les délinquantes non autochtones, figurent dans le tableau 9. Même si le pourcentage de délinquantes autochtones ayant obtenu une note à l'EGF inférieure ou égale à 50 est plus élevé que le pourcentage de délinquantes non autochtones pour la même catégorie de notes à l'EGF, il n'y a aucune différence significative sur le plan statistique (X^2 (1, n = 154) = 1,964, p = 0,161) entre les délinquantes autochtones et non autochtones pour ce qui est du degré d'incapacité fonctionnelle mesuré au moyen de l'Échelle d'EGF.

Tableau 9

Notes à l'Échelle d'EGF pour les délinquantes autochtones et non autochtones : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)

Degré d'incapacité fonctionnelle (Notes à l'EGF)	Autochtone *n* = 48 % (*n*)	Non autochtone *n* = 106 % (*n*)	Échantillon total *N*=154 % (*n*)
51 à 90 – modéré à nul	66,7 (32)	77,4 (82)	74,0 (114)
1 à 50 – possibilité de danger grave et immédiat pour la personne même	33,3 (16)	22,6 (24)	26,0 (40)

Remarque : Plus la note est faible, plus le degré d'incapacité fonctionnelle est élevé.

Analyse

Les études évaluant la prévalence des troubles de santé mentale parmi les délinquants incarcérés peuvent fournir des renseignements importants sur le nombre de délinquants atteints de problèmes de santé mentale actuellement incarcérés et la gravité et la complexité des problèmes de santé mentale qui les touchent, ce qui permet d'appuyer les interventions organisationnelles au chapitre de la gestion des soins (Baillargeon et coll., 2009; Prins, 2014; Reingle Gonzalez et Connell, 2014; Sarteschi, 2013). Les résultats d'un ensemble d'études menées à l'échelle internationale montrent que la prévalence des troubles mentaux chez les détenus peut représenter jusqu'à quatre fois le taux recensé dans la population générale. On trouve des taux élevés de trouble psychotique, de trouble dépressif caractérisé et de trouble anxieux, et jusqu'à 50 % des détenus qui présentent un problème de santé mentale sont également atteints d'un trouble lié à la consommation de substances ou d'un trouble de la personnalité. De façon générale, les études montrent un taux de prévalence des troubles mentaux de deux à quatre fois plus élevé chez les délinquantes incarcérées que chez les détenus de sexe masculin.

Il ressort d'un nombre grandissant d'études menées au Canada que les résultats des évaluations de la prévalence des troubles de santé mentale chez les détenus sont semblables aux résultats obtenus à la suite de travaux menés à l'échelle internationale. Par rapport à la population générale au Canada, la prévalence des troubles mentaux chez les détenus est de deux à quatre fois plus élevée. Plus de la moitié des détenus satisfont aux critères de diagnostic d'un trouble lié à la consommation de substances concomitant, et plus d'un tiers présente un trouble de la personnalité concomitant (Pearson et coll., 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2015). Toutes les délinquantes autochtones détenues (100 %) qui ont participé à la présente étude nationale avaient déjà satisfait aux critères de diagnostic d'un trouble mental au cours de leur vie, et presque la totalité (95,8 %) étaient actuellement atteintes d'un trouble mental. On a relevé des taux de trouble de santé mentale, de trouble lié à la consommation d'alcool et de substances, de trouble de la personnalité antisociale et de trouble de la personnalité limite plus élevés chez les délinquantes autochtones que chez les délinquantes non autochtones.

Parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale, les résultats montrent que les troubles mentaux combinés à des troubles liés à la consommation d'alcool et de substances (au cours de la vie entière : 81,8 %) ou à des troubles de la personnalité (au cours de la vie entière : 63,6 %) étaient

au moins quatre fois plus fréquents que ce qui avait été observé dans le cadre d'une étude menée auprès de la population en Ontario (Rush et Koegl, 2008). Le taux élevé de prévalence des troubles de santé mentale concomitants chez les délinquantes sous responsabilité fédérale pourrait poser des défis importants pour la conception et la mise en œuvre de traitements et de programmes efficaces qui visent à la fois les éléments touchant la santé mentale et les facteurs criminogènes dans le cas des délinquantes atteintes de troubles concomitants complexes. Par ailleurs, les délinquantes autochtones sont plus nombreuses que les délinquantes non autochtones à être atteintes de troubles concomitants (trouble lié à la consommation d'alcool et de substances combiné à un trouble de la personnalité). Le nombre plutôt petit de délinquantes sous responsabilité fédérale (690/14 203 = 4,9 % de la population de délinquants sous responsabilité fédérale; Sécurité publique Canada, 2016) réparties partout au pays, dans six établissements situés dans cinq régions, ainsi que les taux actuellement élevés de trouble de santé mentale et de troubles concomitants chez cette population font qu'il est difficile d'offrir les services de soins de santé mentale et les interventions correctionnelles dont les délinquantes ont besoin.

D'après les résultats obtenus au moyen de la version modifiée de l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGFm), dans l'ensemble, chez les délinquantes atteintes d'un trouble mental actuel, 32,8 % (40/122) présentaient au moins certains symptômes graves ou un degré important d'incapacité fonctionnelle. Plus de deux tiers (18/26 = 69,2 %; ou, 11,7 % de l'échantillon national total) des délinquantes aux prises avec une maladie mentale grave présentaient un degré important d'incapacité fonctionnelle dans leur vie quotidienne (EGF $\leq$ 50) pouvant avoir une incidence sur leur capacité à participer de façon active à des programmes et à recevoir des services liés à la santé mentale, à la réadaptation et à la diminution de la récidive et à en tirer avantage. On n'a relevé aucune différence significative sur le plan statistique entre les notes à l'EGF obtenues par les délinquantes autochtones et les délinquantes non autochtones sous responsabilité fédérale. Les délinquantes sous responsabilité fédérale ayant participé à l'étude présentaient une note à l'EGF moyenne plus élevée ($\bar{x}$ = 63,81) dans l'ensemble que des patients traités dans des hôpitaux psychiatriques (moyenne = 31,88 à l'admission; moyenne = 47,72 au moment du congé; Vatnaland, Vatnaland, Friis et Opjordsmoen, 2007) et que des patients traités en établissement communautaire de soins de santé mentale (moyenne = 61,24; Tungström, Söderberg et Armelius, 2005).

Limites de l'étude

En comparaison des délinquantes sous responsabilité fédérale (N = 546) qui n'ont pas participé à l'étude pendant la durée des travaux (voir le tableau 2), celles qui y ont pris part (N = 154) présentaient des différences significatives sur le plan statistique, soit des besoins liés aux facteurs criminogènes et un niveau de risque plus faibles, et elles étaient aussi beaucoup plus susceptibles d'avoir une cote de sécurité minimale à l'évaluation initiale. Ces différences pourraient atténuer les estimations de la prévalence des troubles mentaux, vu que les délinquantes présentant un niveau de risque plus élevé pourraient être plus susceptibles de présenter des symptômes d'un trouble de santé mentale. Par ailleurs, les délinquantes atteintes de maladies mentales parmi les plus graves et recevant des soins dans des unités spéciales en santé mentale, les délinquantes en isolement ou celles qu'on a considéré comme posant un risque trop élevé ne pouvaient pas participer à ce volet de l'étude[4], ce qui pourrait possiblement mener à une sous-estimation de l'ampleur des troubles de santé mentale dont sont atteintes les membres de cette population.

En raison de la portée nationale de l'étude, on a mené les entrevues cliniques structurées auprès des participantes sur une longue période (de février à octobre), ce qui a possiblement eu pour effet d'introduire des biais « historiques » (des modifications apportées aux pratiques organisationnelles ou aux critères liés à la détermination de la peine, une grande attention de la part des médias) dans le processus de recrutement et d'évaluation des participantes.

En raison de la taille relativement petite de l'échantillon (N = 154), il n'a pas été possible d'examiner les différences entre les régions ou les établissements en ce qui concerne la prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale. Selon les résultats de l'étude nationale sur la prévalence des troubles mentaux parmi les délinquants sous responsabilité fédérale, il existe des différences régionales importantes quant à la prévalence des troubles mentaux, des troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances et des troubles de la personnalité, et des différences quant aux notes obtenues à l'Échelle d'EGF.

Néanmoins, le fait d'avoir utilisé les instruments de mesure SCID-I et SCID-II, qui constituent la norme de référence en matière d'évaluation de troubles mentaux, ainsi que la grande

---

[4] La cueillette de données au Centre psychiatrique régional, soit l'établissement où sont hébergées des délinquantes qui nécessitent des soins psychiatriques intensifs, est prévue en décembre 2017.

cohérence des résultats de la présente étude avec ceux issus de travaux de recherche antérieurs menés au Canada et à l'étranger, fournit la preuve que les résultats obtenus sont des évaluations fiables et valides de la prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale.

Conclusion

La prévalence des troubles mentaux est beaucoup plus élevée chez les délinquantes détenues dans un établissement du SCC que dans la population générale, et plus élevée que chez les détenus de sexe masculin, selon des études antérieures menées au Canada et à l'étranger. Il ressort que les délinquantes autochtones semblent présenter des taux plus élevés de nombreux troubles mentaux, sont plus susceptibles d'avoir souffert à la fois d'un trouble mental et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances, d'un trouble de la personnalité antisociale ou d'un trouble la personnalité limite au cours de leur vie. Cette situation, en plus du nombre relativement petit de détenues réparties partout au pays, dans six établissements différents situés dans cinq régions, pose des défis importants quant à la prestation de programmes correctionnels et de programmes de soins en santé mentale efficaces à l'intention des détenues.

Références

Al-Rousan, T., L. Rubenstein, B. Sieleni, H. Deol et R. B. Wallace (2017). « Inside the nation's largest mental health institution: A prevalence study in a state prison system », *BMC Public Health*, *17*, 1-9. Doi : 10.1186/s12889-017-4257-0.

American Psychiatric Association (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte révisé). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Andreoli, S. B., M. Mendes dos Santos, M. I. Quintana, W. S. Ribeiro, S. L. Blay, J. G. V. Taborda et J. de Jesus Mari (2014). « Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil », *PLOS ONE*, *9*(2), 1-7. Doi : 10.1371/journal.pone.0088836.

Baillargeon, J., J. V. Penn, C. R. Thomas, J. R. Temple, G. Baillargeon et O. J. Murray (2009). « Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *37*(2), 188-193.

Bartlett, A., E. Jhanji, S. White, M. A. Harty, J. Scammell et S. Allen (2015). « Interventions with women offenders: A systematic review and meta-analysis of mental health gain », *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *26*(2), 133-165. Doi : 10.1080/14789949.2014.981563.

Beaudette, J. A., J. Power et L. A. Stewart (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis* (rapport de recherche R-357). Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

Beaudette, J. A. et L. A. Stewart (2016). « National prevalence of mental disorders among incoming federally-sentenced men offenders », *Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(10), 624-632. Doi : 0706743716639929.

Binswanger, I. A., J. O. Merrill, P. M. Krueger, M. C. White, R. E. Booth et J. G. Elmore (2010). « Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates », *American Journal of Public Health*, *100*(3), 476-482. Doi : 10.2105/AJPH.2008.149591.

Biometrics Research (2017a). *SCID-I/NP: Research Version.* Consulté le 12 juin 2017 sur http://www.scid4.org/faq/research_version.html.

Biometrics Research (2017b). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Avis II Personality Disorders (DSCID-II).* Consulté le 12 juin 2017 sur http://www.scid4.org/faq/scid_2.html.

Biometrics Research (2017c). *Psychometrics.* Consulté le 12 juin 2017 sur http://www.scid4.org.

Blanchette, K. et L. L. Motiuk (1996). *Les problèmes graves de santé mentale chez les délinquantes : enquête comparative* (rapport de recherche R-46). Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

Brandt, A. L. S. (2012). « Treatment of persons with mental illness in the criminal justice system: A literature review », *Journal of Offender Rehabilitation*, *51*(8), 541-558. Doi : 10.1080/10509674.2012.693902.

Brink, J. (2005). « Epidemiology of mental illness in a correctional system », *Current Opinion in Psychiatry*, *18*(5), 536-541. Doi : 10.1097/01.yco.0000179493.15688.78.

Brink, J. H., D. Doherty et A. Boer (2001). « Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study », *International Journal of Law and Psychiatry*, *24*(4), 339-356. Doi : 10.1016/S0160-2527(01)00071-1.

Brown, G. P., J. P. Hirdes et B. E. Fries (2013). « Measuring the prevalence of current, severe symptoms of mental health problems in a Canadian correctional population », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *59*(1), 27-50. Doi : 10.1177/0306624X13507040.

Bruce, N., D. Pope et D. Stanistreet (2008). *Quantitative methods for health research*. West Sussex, R.-U., John Wiley.

Butler, T., S. Allnutt, D. Cain, D. Owens et C. Muller (2005). « Mental illness in the New South Wales prisoner population », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(5), 407-413. Doi : 10.1080/j.1440-1614.2005.01589.x.

Butler, T., S. Allnutt, A. Kariminia et D. Cain (2007). « Mental health status of Aboriginal and non-Aboriginal Australian prisoners », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(5), 429-435. Doi : 10.1080/00048670701261210.

Butler, T., D. Indig, S. Allnutt et H. Mamoon (2011). « Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners », *Drug and Alcohol Review*, *30*(2), 188-194. Doi : 10.1111/j.1465-3362.2010.00216.x.

Chen, Y. Y., C-Y. Chen et D. L. Hung (2016). « Assessment of psychiatric disorders among sex offenders: prevalence and associations with criminal history », *Criminal Behaviour and Mental Health*, *26*(1), 30-37. Doi : 10.1002/cbm.1926.

Chmielewski, M., L. A. Clark, R. M. Bagby et D. Watson (2015). « Method matters: Understanding diagnostic reliability in DSM-IV and DSM-5 », *Journal of Abnormal Psychology*, *124*(3), 764-769. Doi : 10.1037/abn0000069.

ICIS (2008). *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale, délinquance et activité criminelle*. Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information en santé.

Coolidge, F. L., P. D. Marle, S. A. Van Horn et D. L. Segal (2011). « Clinical syndromes, personality disorders, and neurocognitive differences in male and female inmates », *Behavioral Sciences and the Law*, *29*(5), 741-751. Doi : 10.1002/bsl.997.

Corrado, R. R., I. Cohen, S. Hart et R. Roesch (2000). « Comparative examination of the prevalence of mental illness among jailed inmates in Canada and the United States », *International Journal of Law and Psychiatry, 23*(5), 633-647. Doi : 10.1016/S0160-2527(00)00054-6.

Corrigan, P. W., K. T. Mueser, G. R. Bond, R. E. Drake et P. Solomon (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY, Guilford Press.

Service correctionnel du Canada (2012). *Vers un continuum de soins : Stratégie en matière de santé mentale du Service correctionnel du Canada*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

Dalley, L. P. (2014). « From asylums to jails: The prevailing impact on female offenders », *Women & Criminal Justice, 24*(3), 209-228. Doi : 10.1080/08974454.2014.924352.

DeMarce, J. M., S. J. Lash, J. D. Parker, R. S. Burke et S. C. Grambow (2013). « Validity of the Structured Clinical Interview for DSM-IV among veterans seeking treatment for substance use disorders », *International Journal of Mental Health Addiction, 11*(5), 546-556. Doi : 10.1007/s11469-013-9435-4.

Derkzen, D., L. Booth, A. McConnell et K. Taylor (2012). *Besoins en santé mentale des délinquantes sous responsabilité fédérale* (rapport de recherche R-267). Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

Drapalski, A. L., K. Youman, J. Stuewig et J. Tangney (2009). « Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking », *Criminal Behavior and Mental Health, 19*(3), 193-206. Doi : 10.1002/cbm.733.

Fazel, S. et J. Danesh (2002). « Serious mental illness in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys », *The Lancet, 359*(9306), 545-550. Doi : 10.1016/S0140-6736(02)09727-1.

Fazel, S., A. J. Hayes, K. Bartellas, M. Clerici et R. Trestman (2016). « Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions », *Lancet Psychiatry, 3*(9), 871-881. Doi : 10.1016/52215-0366(16)30142-0.

Fazel, S. et K. Seewald (2012). « Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis », *British Journal of Psychiatry, 200*(5), 364-373. Doi : 10.1192/bjp.bp.111.096370.

Fazel, S., P. Bains et H. Doll (2006). « Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review », *Addiction, 101*(2), 181-191. Doi : 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x.

Fennig, S., T. Craig, J. Lavelle, B. Kovasznay et E. J. Bromet (1994). « Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis », *Comprehensive Psychiatry*, *35*(5), 341-348. Doi : 10.1016/0010-440X(94)90273-9.

First, M. B., M. Gibbon, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams et L. S. Benjamin (1997). *Entretien clinique structuré pour les troubles de la personnalité de l'axe II du DSM-IV (SCID-II).* Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc.

First, M. D., R. L. Spitzer, M. Gibbonet et J. B. Williams (2007). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP).* New York, NY, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

Germans, S., G. L. Van Heck, E. D. Masthoff, F. J. Trompenaars et P. P. Hodiamont (2010). « Diagnostic efficiency among psychiatric outpatients of a self-report version of a subset of screen items of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Personality Disorders (SCID-II) », *Psychological Assessment*, *22*(4), 945-952. Doi : 10.1037/a0021047.

Gold, L. H. (2014). « DSM-5 and the assessment of functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *42*(2), 173-181.

Gouvernement du Canada (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa (Ont.), Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche, n° de catalogue RR4-2/2014F-PDF.

Guy, L. S., N. G. Poythress, K. S. Douglas, J. L. Skeem et J. F. Edens (2008). « Correspondence between self-report and interview-based assessments of antisocial personality disorder », *Psychological Assessment*, *20*(1), 47-54. Doi : 10.1037/1040-3590.20.1.47.

Hall, R. C. W. (1995). « Global Assessment of Functioning: A modified scale », *Psychosomatics*, *36*(3), 267-275. Doi : 10.1016/S0033-3182(95)71666-8.

Hoge, S. K., R. B. Greifinger, T. Lundquist et J. Mellow (2009). « Mental health performance measurement in corrections », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *53*(6), 634-647. Doi : 10.1177/0306624X08322692.

Houser, K. A. et W. Welsh (2014). « Examining the association between co-occurring disorders and seriousness of misconduct by female prison inmates », *Criminal Justice and Behavior*, *41*(5), 650-666. Doi : 10.1177/0093854814521195.

IBM Corporation. (2016). *SPSS statistics 24*. Somers, NY, IBM Corporation Software Group.

Keene, J. et J. Rodriguez (2005). « Mentally disordered offenders: A case linkage study of the criminal justice and mental health populations in the UK », *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *16*(1), 167-191. Doi : 10.1080/1478994042000325994.

Komarovskaya, I., A. Booker Loper et J. Warren (2007). « Role of impulsivity in antisocial and violent behavior and personality disorders among incarcerated women », *Criminal Justice and Behavior*, *34*(11), 1499-1515. Doi : 10.1177/0093854807306354.

Lafortune, D. (2010). « Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities », *International Journal of Law and Psychiatry*, *33*(2), 94-100. Doi : 10.1016/j.ijlp.2009.12.004.

Lobbestael, J., M. Leurgans et A. Arntz (2011). « Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II) », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*(1), 75-79. Doi : 0.1002/cpp.693.

Lynch, S. M., D. D. Dehart, J. E. Belknap, B. L. Green, P. Dass-Brailsford, K. A. Johnson et E. Whalley (2014). « A multisite study of the prevalence of serious mental illness, PTSD, and substance use disorders of women in jail », *Psychiatric Services*, *65*(5), 670-674. Doi : 10.1176/appi.ps.201300172.

Maccio, A., F. R. Meloni, D. Sisti, M. B. L. Rocchi, D. R. Petretto, C. Masala et A. Petri (2015). « Mental disorder in Italian prisoners: Results of the REDiMe study », *Psychiatry Research*, *225*(3), 522-530. Doi : 10.1016/j.psychres.2014.11.053.

MacDonald, M. (2013). « Women prisoners, mental health, violence and abuse », *International Journal of Law and Psychiatry*, *36*(3), 293-303. Doi : 10.1016/j.ijlp.2013.04.014.

Magaletta, P. R., P. M. Diamond, E. Faust, D. M. Daggett et S. D. Camp (2009). « Estimating the mental illness component of the service need in corrections: Results from the mental health prevalence project », *Criminal Justice and Behavior*, *36*(3), 229-244. Doi : 10.1177/0093854808330390.

Martin, S. G. (2014). « Review of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders », *Mental Measurements Yearbook*. Consulté le 3 juin 2017 sur http://web.a.ebscohost.com.roxy.nipissingu.ca/ehost/detail/detail?vid=4&sid=b434acd8-392248be986a62052ea435dd%40sessionmgr4010&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=test.2089&db=loh.

Mir, J., S. Kastner, S. Priebe, N. Konrad, A. Ströhle et A.P. Mundt (2015). « Treating substance abuse is not enough: Comorbidities in consecutively admitted female prisoners », *Addictive Behaviors*, *46*, 25-30. Doi : 10.1016/j.addbeh.2015.02.016 0306-4603.

Motiuk, L. L. et F. J. Porporino (1991). *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada* (rapport de recherche R -24). Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

O'Brien, M., L. Mortimer, N. Singleton et H. Meltzer (2003). « Psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales », *International Review of Psychiatry, 15,* 153-157. Doi : 10.1080/0954026021000046100.

Pearson, C., T. Janz et J. Ali (2013). « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada », *Coup d'œil sur la santé.* Ottawa (Ont.), Statistique Canada, nº au catalogue : 82-624-X. Consulté le 11 juillet 2017 sur http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm.

Power, J. et J. N. Beaudette (2014*). Le comportement d'automutilation dans les centres de traitement : corrélations, trajectoires et analyse descriptive* (rapport de recherche R-303). Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

Power, J. et A. Usher (2011a). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquants sous responsabilité fédérale* (rapport de recherche R-250). Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

Power, J. et A. Usher (2011b). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquantes sous responsabilité fédérale* (rapport de recherche R-245). Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

Priester, M. A., T. Browne, A. Iachini, S. Clone, D. DeHart et K.D. Seay (2016). « Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: An integrative literature review », *Journal of Substance Abuse Treatment, 61,* 47-59. Doi : 10.1016/j.jsat.2015.09.006 0740-5472.

Prins, S. (2014). « The prevalence of mental illnesses in U.S. state prisons: A systematic review », *Psychiatric Services, 65*(7), 862-872. Doi : 10.1176/appi.ps.201300166.

Proctor, S. L. et N. G. Hoffmann (2012). « Identifying patterns of co-occurring substance use disorders in a jail population », *Addiction Research and Theory, 20*(6), 492-503. Doi : 103109/16066359.2012.667853.

Agence de la santé publique du Canada (2015). *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015.* Ottawa (Ont.), ministre de la Santé.

Sécurité publique Canada (2016). *2015 Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition.* Ottawa (Ont.), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, nº de cat. : PS1-3F-PDF.

Reingle Gonzalez, J. M. et N. M. Connell (2014). « Mental health of prisoners: identifying barriers to mental health treatment and medication continuity », *American Journal of Public Health, 104*(12), 2328-2333. Doi : 10.2105/AJPH.2014.302043.

Rezansoff, S. N., A. Moniruzzaman, C. Gress et J. M. Somers (2013). « Psychiatric diagnoses and multiyear recidivism in a Canadian provincial offender population », *Psychology, Public Policy, and Law*, *19*(4), 443-453. Doi : 10.1037/a0033907.

Roberts, A. D. L. et J. W. Coid, (2010). « Personality disorder and offending behaviour: Findings from the national survey of male prisoners in England and Wales », *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *21*(2), 221–237. Doi : 0.1080/14789940903303811.

Rothman, K. J., S. Greenland et T. L. Lash (2008). *Modern Epidemiology (3e éd.)*. Philadelphie, PA, Lippincott, Williams & Wilkins.

Rush, A. J., M. B. First, D. B. Blacker, J. Endicott, R. L. Spitzer et J. L. Fleiss (2008). « Global Assessment Scale (GAS); Global Assessment of Functioning (GAF) scale, Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) », dans A. J. Rush, M. B. First et D. B. Blacker (dir.), *Handbook of Psychiatric Measures (2e éd.)*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc.

Rush, B. et C. J. Koegl (2008). « Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system », *Canadian Journal of Psychiatry*, *53*(12), 810-821. Doi : 10.1177/070674370805301207.

Ryder, A. G., P. T. Costa Jr. et R. M. Bagby (2007). « Evaluation of the SCID-II Personality Disorder traits for DSM-IV: Coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment », *Journal of Personality Disorders*, *21*(6), 626-637. Doi : 10.1521/pedi.2007.21.6.626.

Sapers, H. (2014). *Rapport annuel du bureau de l'enquêteur correctionnel 2014-2015*. Ottawa (Ont.), Sécurité publique Canada.

Sarteschi, C. M. (2013). « Mentally ill offenders involved with the U.S. criminal justice system: A synthesis », *Sage Open*, *3*(3) 1-11. Doi : 0.1177/2158244013497029.

Schnittker, J. et V. Bacak (2016). « Orange is the new pink: Mental illness, gender roles, and physical victimization in prisons », *Society and Mental health*, *6*(1), 21-35. Doi : 10.1177/2156869315609733.

Senior, J., L. Birmingham, M. A. Harty, L. Hassan, A. J. Hayes, K. Kendall,... J. Shaw (2013). « Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services », *Psychological Medicine*, *43*(7), 1511–1520. Doi : 10.1017/S0033291712002073.

Shear, M. K., C. Green, J. Kang, D. Ludewig, E. Frank, H. A. Swartz et M. Hanekamp (2000). « Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics », *American Journal of Psychiatry*, *157*(4), 581-587. Doi : 10.1176/appi.ajp.157.4.581.

Sirdifield, C., D. Gojkovic, C. Brooker et M. Ferriter (2009). « A systematic review of research on the epidemiology of mental health disorders in prison populations: A summary of findings », *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *20*(1), S78-S101. Doi : 10.1080/14789940802594445.

Slade, K. et A. Forrester (2013). « Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and early-stage prison populations, with sub-type estimates », *International Journal of Law and Psychiatry, 36*(3), 207-212. Doi : 10.1016/j.ijlp.2013.04.018.

Smink, F. R., D. van Hoeken, A. J. Oldehinkel et H. W. Hoek (2014). « Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents », *International Journal of Eating Disorders*, *47*(6), 610-619. Doi : 10.1002/eat.22316.

Smith, G. N., T. S. Ehmann, S. W. Flynn, G. W. MacEwan, K. Tee, L. C. Kopala,...W. G. Honer (2011). « The assessment of symptom severity and functional impairment with DSM-IV axis V », *Psychiatric Services*, *62*(4), 411-417. Doi : 10.1176/ps.62.4.pss6204_0411.

Söderberg, P., S. Tungström et B. Åke Armelius (2005). « Reliability of Global Assessment of Functioning ratings made by clinical psychiatric staff », *Psychiatric Services*, *56*(4), 434-438. Doi : 10.1176/appi.ps.56.4.434.

Steadman, H. J., F. C. Osher, P. C. Robbins, B. Case et S. Samuels (2009). « Prevalence of serious mental illness among inmates », *Psychiatric Services, 60*(6), 761-765. Doi : 10.1176/appi.ps.60.6.761.

Steadman, H. J., P. C. Robbins, T. Islam et F. C. Osher (2007). « Revalidating the Brief Jail Mental Health Screen to increase accuracy for women », *Psychiatric Services*, *58*(12), 1598-1601. Doi : 10.1176/ps.2007.58.12.1598.

Steel, Z., C. Marnane, C. Iranpour, T. Chey, J. W. Jackson, V. Patel et D. Silove (2014). « The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013 », *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 476-493. Doi : 10.1093/ije/dyu038.

Stewart, L. A., G. Wilton et C. Cousineau (2012). *Délinquants purgeant une peine de ressort fédéral atteints de troubles mentaux : résultats correctionnels et intervention correctionnelle* (rapport de recherche R -268). Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.

Støre-Valen, J., T. Ryum, G. A. F. Pedersen, A. H. Pripp, P. E. Jose et S. Karterud (2015). « Does a web-based feedback training program result in improved reliability in clinicians' ratings of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale? », *Psychological Assessment*, *27*(3), 865-873. Doi : 10.1037/pas0000086.

Trestman, R. L., J. Ford, W. Zhang et V. Wiesbrock (2007). « Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *35*(4), 490-500.

Tungström, S., P. Söderberg et B-Å. Armelius (2005). « Relationship between the global assessment of functioning and other DSM Axes in routine clinical work », *Psychiatric Services, 56*(4), 439-443. Doi : 10.1176/appi.ps.56.4.439.

Tye, C. S. et P. E. Mullen (2006). « Mental disorders in female prisoners », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(3), 266-271. Doi : 10.1080/j.1440-1614.2006.01784.x.

Ullrich, S., D. Deasy, J. Smith, B. Johnson, M. Clarke, N. Broughton et J. Coid (2008). « Detecting personality disorders in the prison population of England and Wales: Comparing case identification using the SCID-II screen and the SCID-II clinical interview », *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 19*(3), 301-322. Doi : 10.1080/14789940802045182.

Vatnaland, T., J. Vatnaland, S. Friis et S. Opjordsmoen (2007). « Are GAF scores reliable in routine clinical use? », *Acta Psychiatr Scand, 115*(4), 326–330. Doi : 10.1111/j.1600-0447.2006.00925.x.

Vicens, E., V. Tort, M. Duenas, A. Muro, F. Perez-Arnau, J.M. Arroyo, ... P. Sarda (2011). « The prevalence of mental disorders in Spanish prisons », *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*(5), 321-332. Doi : 10:1002/cbm.815.

Walmsley, R. (2015). *World Female Imprisonment List (3e éd.)*. Londres, R.-U., Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck, University of London.

Walter, M., G. A. Wiesbeck, V. Dittmann et M. Graf (2011). « Criminal recidivism in offenders with personality disorders and substance use disorders over 8 years of time at risk », *Psychiatry Research, 186*(2), 443–445. Doi : 10.1016/j.psychres.2010.08.009.

Wetterborg, D., N. Langstrom, P. Andersson et P. Enebrink (2015). « Borderline personality disorder: prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden », *Comprehensive Psychiatry, 62*, 63–70. Doi : 10.1016/j.comppsych.2015.06.014.

Williams, L., F. Jacka, J. Pasco, M. Henry, S. Dodd, G. Nicholson,... M. Berk (2010). « The prevalence of mood and anxiety disorders in Australian women », *Australasian Psychiatry, 18*(3), 250-255. Doi : 10.3109/10398561003731155.

Wilton, G. et L. A. Stewart (2012). *Résultats chez les délinquants présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale* (rapport de recherche R-277). Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada.

OMS (2004). « Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », *Journal of the American Medical Association, 291*(21), 2581-2590. Doi : 10.1001/jama.291.21.2581.

Zanarini, M. C. et F. R. Frankenburg (2001). « Attainment and maintenance of reliability of Axis I and Axis II disorders over the course of a longitudinal study », *Comprehensive Psychiatry*, *42*(5), 369-374.Doi : 10.1053/comp.2001.24556.

Zimmerman, M., C. J. Ruggero, I. Chelminski et D. Young (2010). « Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(1), 26-31. Doi : 10.4088/JCP.08m04633.

Annexe A

Tableau A1

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)

Trouble	Au cours de la vie % (*n*)	Actuel % (*n*)
Troubles de l'humeur	**61,7 (95)**	**22,1 (34)**
Trouble bipolaire de type I	9,1 (14)	†
Trouble bipolaire de type II	†	†
Autres troubles bipolaires	†	†
Trouble dépressif caractérisé	46,8 (72)	9,7 (15)
Trouble dysthymique	9,7 (15)	9,1 (14)
Trouble dépressif non spécifié ailleurs	3,9 (6)	†
Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale	0	0
Trouble de l'humeur induit par une substance	3,9 (6)	0
Troubles psychotiques[a]	**7,1 (11)**	**4,5 (7)**
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	**76,0 (117)**	-
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool	48,7 (75)	-
Toxicomanie ou dépendance à des substances autres que l'alcool	72,1 (111)	-
Troubles anxieux	**57,1 (88)**	**53,9 (83)**
Trouble panique	18,8 (29)	14,3 (22)
Agoraphobie sans antécédents de trouble panique	3,3 (5)	3,3 (5)
Phobie sociale	10,5 (16)	9,2 (14)
Phobie spécifique	5,2 (8)	5,2 (8)
Trouble obsessionnel-compulsif	10,4 (16)	10,4 (16)
Trouble de stress post-traumatique	34,4 (53)	33,1 (51)
Trouble d'anxiété généralisée	13,6 (21)	13,0 (20)
Trouble anxieux dû à une affection médicale générale	†	†
Trouble anxieux induit par une substance	0	0
Trouble anxieux non spécifié ailleurs	5,9 (9)	5,9 (9)
Troubles de l'alimentation	**16,2 (25)**	**11,0 (16)**
Anorexie mentale	5,8 (9)	†
Boulimie	6,5 (10)	5,8 (9)
Frénésie alimentaire	3,9 (6)	†
Jeu pathologique	**13,6 (21)**	†
Trouble de la pers. limite (vie entière seulement)	**33,1 (51)**	-
Trouble de la pers. antisociale (vie entière seulement)	**49,4 (76)**	-

Remarque : « 0 » indique qu'aucune délinquante n'a été classée dans la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 %, car les participantes peuvent satisfaire aux critères diagnostiques de plus d'un trouble. Les pourcentages peuvent varier en raison de l'absence de données pour certains diagnostics (c.-à-d. les dénominateurs peuvent varier).

[a] Les troubles psychotiques comprennent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, les symptômes psychotiques causés par la consommation de substances ou une affection médicale générale, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié.

Annexe B

Tableau B1

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillon constitué dans la population carcérale (N = 154)

	Autochtone (*N* = 48)		**Non autochtone (*N* = 106)**	
Trouble	Vie entière	Actuel	Vie entière	Actuel
Troubles de l'humeur	56,3 (27)	20,8 (10)	64,2 (68)	22,6 (24)
Troubles bipolaires	†	†	13,2 (14)	5,7 (6)
Trouble dépressif caractérisé	45,8 (22)	12,5 (6)	47,2 (50)	8,5 (9)
Trouble dysthymique	†	†	10,4 (11)	9,4 (10)
Autres troubles de l'humeur	†	†	8,5 (9)	†
Troubles psychotiques[c]	10,4 (5)	†	5,7 (6)	†
Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substance (vie entière seulement)	89,6 (43)	-	69,8 (74)	-
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool	72,9 (35)	-	37,7 (40)	-
Toxicomanie ou dépendance à des substances autres que l'alcool	85,4 (41)	-	66,0 (70)	-
Troubles anxieux	62,5 (30)	60,4 (29)	54,7 (58)	50,9 (54)
Trouble panique	25,0 (12)	22,9 (11)	16,0 (17)	10,4 (11)
Phobies	25,0 (12)	25,0 (12)	16,0 (17)	14,2 (15)
Trouble obsessionnel-compulsif	10,4 (5)	10,4 (5)	10,4 (11)	10,4 (11)
Trouble de stress post-traumatique	41,7 (20)	39,6 (19)	31,1 (33)	30,2 (32)
Trouble d'anxiété généralisée	12,5 (6)	10,4 (5)	14,2 (15)	14,2 (15)
Autres troubles anxieux	†	†	6,6 (7)	6,6 (7)
Troubles de l'alimentation	22,9 (11)	18,8 (9)	13,2 (14)	6,6 (7)
Anorexie mentale	†	†	5,7 (6)	†
Boulimie	14,6 (7)	12,5 (6)	†	†
Frénésie alimentaire	†	†	4,7 (5)	†
Jeu pathologique	14,6 (7)	0	13,2 (14)	†
Trouble de la pers. limite (vie entière seulement)	47,9 (23)	-	26,4 (28)	-
Trouble de la pers. antisociale (vie entière seulement)	85,4 (41)	-	33,0 (35)	-

†Chiffres supprimés en raison d'une fréquence inférieure à 5 dans une catégorie.

Annexe C

Tableau C1

Notes à l'Échelle d'EGF selon les diagnostics actuels de troubles mentaux de l'Axe I et de l'Axe II (les TPL et TPA) du DSM-IV : échantillon constitué parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale incarcérées (N = 154)

Note à l'EGF	Troubles de l'Axe I[a] *n* = 93 % (*n*)	TPA uniquement *n* = 18 % (*n*)	TPL uniquement *n* = 3 % (*n*)	Troubles de l'Axe I[a] et TPA ou TPL *n* = 63 % (*n*)
81-90 absence de symptômes	9,7 (9)	38,9 (7)	0	†
71-80 certains symptômes minimes	22,6 (21)	33,3 (6)	†	17,5 (11)
61-70 certains symptômes continus	17,2 (16)	†	†	15,9 (10)
51-60 symptômes modérés	11,8 (11)	†	0	14,3 (9)
41-50 troubles assez graves	14,0 (13)	†	†	14,3 (9)
31-40 troubles graves	16,1 (15)	0	0	22,2 (14)
21-30 incapacité de fonctionner	†	0	0	†
11-20 négligence	5,4 (5)	0	0	7,9 (5)
1-10 danger immédiat	†	0	0	†

Remarque : EGF = Évaluation globale du fonctionnement. [a] Excluant les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances, s'il s'agit du seul trouble de l'Axe I. Parmi toutes les délinquantes qui ont subi une entrevue et qui présentent un trouble de santé mentale actuel, 32,8 % (30/122) présentaient au moins certains symptômes graves ou une incapacité fonctionnelle importante.

† Information éliminée en raison d'une fréquence inférieure à 5 dans une catégorie.